



**5. Selbstständige:** Bitte führen Sie alle Personen auf, die selbstständig arbeiten, und fügen Sie eine Kopie der aktuellen Steuererklärung (falls ein entsprechender Antrag gestellt wurde) oder Dokumente bei, aus denen Einkommen und Ausgaben der drei letzten Monate hervorgehen.

NAME	NAME UND ART DES UNTERNEHMENS	ARBEITSSTUNDEN PRO WOCHE	MONATLICHES GESAMTEINKOMMEN VOR ABZUG DER AUSGABEN	MONATLICHE GESAMTAUSGABEN

**6. Nicht bezahlte Rechnungen für Gesundheitsfürsorge:** Wir können unter Umständen nicht bezahlte Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge aus den letzten drei Monaten decken. Falls eine Person, für die Sie diesen Antrag stellen, in den letzten drei Monaten Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge nicht bezahlt hat und Sie wissen möchten, ob Sie auf dieses Programm Anspruch haben, kreisen Sie **Ja** oder **Nein** ein. Sie müssen das Einkommen für die letzten drei Monate belegen.

**7. Treuhandvermögen:** Verfügt eine Person, für die Sie den Antrag stellen, über Treuhandvermögen? **Ja** oder **Nein** (kreisen Sie eine Antwort ein). Falls ja, werden wir weitere Informationen von Ihnen anfordern.

**8. Krankenversicherung:** Teilen Sie zu den auf Seite 1 aufgeführten Personen mit, wer krankenversichert ist bzw. wer in den letzten sechs Monaten krankenversichert war.

GEBEN SIE DEN ODER DIE NAMEN DER VERSICHERTEN PERSONEN AN	1	3	5
	2	4	6

Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_ Art der Versicherung \_\_\_\_\_  
*Bitte Kopie der Vorder- und Rückseite ihrer Versicherungskarte einreichen.* *Gesundheits-, Unfall-, bekannte Kranken-, zahnärztliche oder andere Versicherung*

Anfangsdatum \_\_\_\_\_ Enddatum \_\_\_\_\_ Falls die Krankenversicherung für eine Person in den letzten Monaten beendet wurde, erläutern Sie die Gründe \_\_\_\_\_

**9. Welche Sprache sprechen Sie hauptsächlich zu Hause?** (optional) Englisch \_\_\_\_\_ Spanisch \_\_\_\_\_ Deutsch \_\_\_\_\_ Hmong \_\_\_\_\_ Vietnamesisch \_\_\_\_\_ Französisch \_\_\_\_\_ Italienisch \_\_\_\_\_ Andere \_\_\_\_\_

## 10. Wichtige Bestimmungen und Autorisierung zur Freigabe von Informationen:

*Mir ist bekannt, dass ich das Recht auf Gleichbehandlung habe, unabhängig von Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Alter, Behinderung, Religion, politischer Überzeugung oder nationaler Herkunft.*

*Mir ist bekannt, dass ich das Recht auf eine vertrauliche Behandlung meiner Daten habe, es sei denn, meine Daten werden direkt für HealthWave, HealthConnect oder andere Beihilfeprogramme verwendet.*

*Mir ist bekannt, dass ich für alle Personen, die einen Antrag auf Gesundheitsbeihilfen stellen, eine Sozialversicherungsnummer angeben bzw. beantragen muss, und ich gebe die Verwendung dieser Nummern im Rahmen des Programms frei. Diese Nummern werden auch für den Datenabgleich mit anderen Organisationen wie Banken, der Sozialversicherungsbehörde und den Finanzbehörden verwendet.*

*Ich bestätige, dass alle Personen, für die ich Krankenversicherung beantrage und die auf eine solche Versicherung Anspruch haben, US-Bürger bzw. Nicht-US-Bürger mit legalem Einwandererstatus sind.*

*Für alle Personen, für die Sie den Versicherungsschutz beantragen, muss unter Umständen der Einwandererstatus nachgewiesen werden.*

*Mir ist bekannt, dass es wichtig ist, aktuelle Angaben zu Einkommen, Anschrift und Zusammensetzung des Haushalts zu machen.*

*Mir ist bekannt, dass ich alle Drittkonten verwenden und mitteilen muss (beispielsweise Krankenversicherungen, gerichtlich festgestellte Ausgleichszahlungen, Beihilfen für Gesundheitsversorgung, Treuhandvermögen, Pflugesellschaften usw.), die eventuell gesetzlich verpflichtet sind, bestimmte oder alle*

*Ausgaben für die Gesundheitsversorgung der Personen zu tragen, für die ich den Antrag stelle.*

*Mir ist bekannt, dass die Zahlung für eine bestimmte Dienstleistung zurückgehalten werden kann, solange geprüft wird, ob versäumt wurde, eine Drittkonten in Anspruch zu nehmen.*

*Mir ist bekannt, dass einige oder alle Personen, für die ich einen Antrag stelle, unter Umständen einen ähnlichen Versicherungsschutz aus dem Medicaid-Programm erhalten, falls sie Anspruch darauf haben.*

*Ich autorisiere hiermit Zahlungen aus diesem Programm für medizinische Leistungen oder andere Gesundheitsleistungen für die Personen, für die ich diesen Antrag stelle, sofern sie anspruchsberechtigt sind. Diese Zahlungen werden direkt an Ärzte und andere medizinische Dienstleister geleitet.*

*Ich verstehe die Fragen in diesem Antrag, und mir ist bekannt, dass das Verschweigen von Informationen oder falsche Angaben bestraft werden.*

*Ich bestätige unter Strafanandrohung für Meineid, dass meine Antworten nach bestem Wissen richtig und vollständig sind.*

*Sofern ich diesen Antrag für Erwachsene und Kinder stelle und von diesen Erwachsenen einige Anspruch auf Krankenversicherungsschutz haben, erkläre ich mich damit einverstanden, der Agentur für die Durchsetzung von Kindesunterhalt (CSE) dahingehend zu helfen, Beihilfeaufträge durchzusetzen und zu erzwingen (falls erforderlich). Wenn die erwachsenen Personen im Haushalt Anspruch auf medizinische Unterstützung haben, erkläre ich mich damit einverstanden, die entsprechenden Beihilfezahlungen für alle Personen, die Unterstützung erhalten, an diese zu übertragen.*

*Mir ist bekannt, dass alle Zahlungen, die ich aus einer Drittkonten für von den Programmen HealthWave und HealthConnect abgedeckte medizinische Dienstleistungen erhalte, für die Bezahlung der entsprechenden Arzt-/Krankenhausrechnungen verwendet werden und dass diese Programme nur Dienstleistungen bezahlen, die nicht von dieser Drittkonten abgedeckt werden. Ich erkläre mich damit einverstanden, bei der Verfolgung dieser Drittkonten mit dem entsprechenden Büro für medizinischen Forderungsübergang zusammenzuarbeiten.*

*Ich autorisiere Anbieter medizinischer Dienstleistungen, die an diesem Programm teilnehmen, medizinische Informationen an das Department of Social and Rehabilitation Services, an das Gesundheitsministerium der Vereinigten Staaten (U.S. Department of Health & Human Services), an Versicherungsgesellschaften und andere vertragliche Anbieter medizinischer Dienstleistungen freizugeben. Ich autorisiere außerdem das Department of Social and Rehabilitation Services, medizinische Informationen für Verwaltungszwecke mit anderen Behörden und Vertragspartnern auszutauschen.*

*Dieser Antrag gilt nur für HealthWave und HealthConnect. In Ihrem örtlichen Büro des Department of Social and Rehabilitation Services können Sie Anträge für weitere medizinische Programme stellen, etwa für ältere oder behinderte Personen.*

*Mir ist bekannt, dass ich das Recht auf eine faire Anhörung habe, falls ich mit einer Entscheidung nicht einverstanden bin.*

*Nach der Entscheidung muss innerhalb von 30 Tagen ein schriftlicher Antrag gestellt werden.*

*Meine Unterschrift auf diesem Antrag bedeutet, dass ich die oben aufgeführten Bestimmungen gelesen und verstanden habe. Damit sind auch Arbeitgeber, medizinische Dienstleister, Finanzinstitute, Versicherungsanbieter, Anbieter von Beihilfen und andere Personen oder Behörden, die meine Lebensumstände kennen, berechtigt, an HealthWave, HealthConnect oder andere Beihilfeprogramme alle Daten, einschließlich Daten vertraulicher Art, weiterzugeben, die zur Feststellung meines Anspruchs erforderlich sind. Alle Daten in diesem Antrag sind durch Datenschutzgesetze des Bundesstaates und Bundesgesetze geschützt. Die Freigabe gilt ab dem heutigen Datum. Eine Kopie dieser Autorisierung hat dieselbe Gültigkeit wie das Original.*

UNTERSCHRIFT DES ANTRAGSTELLERS \_\_\_\_\_ DATUM \_\_\_\_\_

UNTERSCHRIFT DES EHEPARTNERS ODER EINES ANDEREN ERWACHSENEN (FALLS FÜR DIESE/N EIN ANTRAG GESTELLT WIRD) \_\_\_\_\_ DATUM \_\_\_\_\_



# WICHTIG

Beachten Sie bitte Folgendes

**Lesen und beantworten Sie sorgfältig alle Fragen** in dem beigefügten Antrag. (Falls der Platz auf dem Antrag nicht ausreicht, verwenden Sie zusätzliche Blätter.)

**Legen Sie dem Antrag Kopien aller begleitenden Unterlagen bei** (schicken Sie nicht die Originale).

**Wenn Sie 18 Jahre alt sind**, sollten Sie einen eigenen Antrag ausfüllen.

**Unterzeichnen und datieren Sie** den Antrag. In 6 bis 8 Wochen können Sie mit einer Antwort rechnen.

Verwenden Sie für den Antrag und die Kopien der begleitenden Unterlagen **den beiliegenden frankierten Umschlag**.

**Um einen Antrag in einer anderen Sprache**, kostenlose Dolmetscherdienste oder kostenlose allgemeine Unterstützung beim Ausfüllen des Antrags zu erhalten, wählen Sie 1-800-792-4884 oder 1-800-792-4292 (TTY, für Personen mit Gehörschäden).

**Alle Anträge werden zunächst im Hinblick auf Ansprüche** auf Medicaid-Hilfe geprüft.

**Wenn Sie 18 Jahre oder älter sind** und HealthConnect wählen, gilt für einige medizinische Dienstleistungen eine Kostenbeteiligung von \$1,00 bis \$3,00.